

123

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1901, à 1 heure

Par EUGÈNE ALBERT

Né à Anetz (Loire-Inférieure), le 22 mars 1872.

Ancien interne de l'hospice général de Nantes et de l'hôpital marin de Pen-Bron.

Ex chef de clinique d'oto laryngologie.

Lauréat (Prix de clinique) de l'École de médecine de Nantes.

Considérations pouvant servir de contribution
à l'étude de la
Folie transitoire
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. CH. RICHET, professeur.

GLEY et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Décembre 1901, à 1 heure

Par EUGÈNE ALBERT

Né à Anetz (Loire-Inférieure), le 22 mars 1872.

Ancien interne de l'hospice général de Nantes et de l'hôpital marin de Pen-Bron.

Ex chef de clinique d'oto-laryngologie.

Lauréat (Prix de clinique) de l'École de médecine de Nantes.

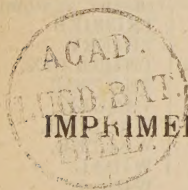
Considérations pouvant servir de contribution à l'étude de la Folie transitoire AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. CH. RICHET, professeur.

GLEY et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	N...
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU
	TILLAUX.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophthalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PINARD.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	POZZI.
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef de
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	travaux anatomiques
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIERY.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MANCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKY.	VAQUEZ.
CUNEO	JEANSELME.	R. MY.	WALLICH.
DEMELIN	LANGLOIS.	RENON.	WALTER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
			WURZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ÉPOUSE BIEN AIMÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE CHÉRIS

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

*Et en général à tous ceux qui m'ont
soutenu de leurs conseils, consolé par leur
amitié, je dédie ce travail comme un faible
gage de ma profonde et bien sincère recon-
naissance.*

HOMMAGE DE PROFONDE VÉNÉRATION

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

ET A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIAÛTE

Médecin en chef de l'Asile départemental d'aliénés
de la Loire-Inférieure

A MONSIEUR LE DOCTEUR TEXIER

Professeur de clinique d'oto-laryngologie à l'Hôtel Dieu
de Nantes

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD,

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La neuvième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenue à Angers, au mois d'août 1898, venait de se terminer. Frappé par les discussions qui avaient suivi l'exposé du rapport de M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, notre vénéré chef de service, M. le docteur Biaute, nous engagea à faire notre thèse inaugurale sur « La folie transitoire au point de vue médico-légal. » La question nous intéressait : aliénation mentale et médecine légale s'y trouvaient réunies, deux branches de l'enseignement médical que nos maîtres, MM. les docteurs Biaute et Ollive, nous avaient appris à aimer tout particulièrement.

Voici comment tout d'abord nous avons envisagé et compris cette thèse qui devait marquer le couronnement de nos études et notre début dans la pratique de l'art médical : étudier, dans une série de chapitres, au point de vue clinique et médico-légal, les diverses

catégories de troubles mentaux transitoires ; réunir un certain nombre d'observations, celles qui nous paraîtraient les plus typiques, les plus propres à entraîner la conviction, les plus capables d'inspirer, dans une expertise particulière, une ligne de conduite non équivoque ; grouper des faits selon leurs analogies et leurs différences, suivant les circonstances concomitantes de l'acte commis, de telle façon qu'en présence d'un crime ou délit déterminé, le lecteur pût se reporter dans notre thèse à tel crime ou délit analogue, et qu'il lui soit facile d'établir par comparaison des conclusions rationnelles et scientifiques susceptibles d'être admises par les avocats, les juges et les jurés. Ecrire une monographie aussi complète que possible de la folie transitoire, monographie présentant un caractère surtout pratique, tel était le but que nous aurions voulu atteindre. Nous n'avons pas tardé à nous apercevoir : qu'ainsi conçu le sujet était bien vaste ; que notre inexpérience aurait de grandes difficultés à résoudre les graves problèmes de responsabilité que comporte l'étude de la folie transitoire ; que nos connaissances cliniques, philosophiques et sociologiques étaient insuffisantes, et qu'en outre, des causes d'ordre matériel nous empêcheraient de conduire à bonne fin notre travail. C'est pourquoi, rempli d'une légitime inquiétude, nous avons résolu d'ébaucher simplement la question, ainsi que l'indique d'ailleurs le titre de notre travail « *Considérations pouvant servir de contribution à l'étude de la folie transitoire au point de vue médico-légal.* » Dans cette

ébauche, nous nous sommes plu à étudier d'une façon particulière, la manie transitoire, la mélancolie transitoire, la folie impulsive. Voulant faire une œuvre personnelle, nous avons jeté çà et là des idées qui pourront paraître subversives, mais qui n'en sont pas moins d'accord avec les théories scientifiques les plus récentes. Au surplus, nous n'avons voulu faire aucune recherche bibliographique, car il nous aurait fallu consulter et citer tous les auteurs qui se sont occupés de la folie transitoire; les controverses des médecins et des juristes sur cette question sont des plus nombreuses et des plus variées, et il n'est pas une revue de psychiatrie, de neuro-psychologie ou de médecine mentale qui, chaque année, et à plusieurs reprises, n'aborde le sujet. Et cela se comprend, parce qu'il est à peu près impossible de donner une solution exacte, précise, irréfutable, mathématique, à chacun des problèmes de responsabilité qui puissent être soulevés dans tels et tels cas de folie transitoire. On peut dire, en effet, que tout individu délirant constitue un problème particulier ayant sa solution propre. Aussi, en fin de compte, nous sommes-nous limité à exposer quelques notions sur la manie et la mélancolie transitoires, sur la folie impulsive, et quelques remarques générales sur la folie transitoire au point de vue du droit criminel. Trop heureux, serions-nous, si malgré ses lacunes et ses imperfections, ce modeste travail pouvait être de quelque utilité : à l'expert, chargé de démêler la vérité; au malheureux, délinquant ou criminel, qui, fou méconnu, serait marqué des stigmates

d'infamie, et condamné au bagne ou à la prison ; à la société, en lui permettant de déjouer la simulation et d'accomplir son œuvre de justicière par la punition des forfaits.

Mais avant d'entrer en matière, nous avons un devoir à remplir : celui d'adresser nos plus sincères remerciements aux Maîtres qui ont dirigé nos études.

A vous d'abord, Monsieur le docteur Biaute, qui nous avez montré qu'un bon médecin peut être le meilleur des philosophes, va toute notre reconnaissance. Vous nous avez toujours accueilli avec bonté et sollicitude : c'est dans votre service que nous avons appris à connaître l'homme avec toutes ses misères morales, avec les turpitudes et la dégradation où le plonge l'effondrement des facultés intellectuelles ; vous n'avez perdu aucune occasion de nous faire saisir les rapports du crime et de la folie ; psychologue et clinicien, vous nous avez appris à observer et à analyser. Nous vous devons beaucoup, cher maître, et nous serons toujours fier de vous dire votre élève.

A vous aussi, Monsieur le docteur Texier, nous sommes redevable de véritables bienfaits : Il y a cinq années, vous nous receviez dans votre clinique d'oto-laryngologie, et bientôt, nous choisissant comme aide et collaborateur, vous nous avez enseigné les secrets de votre science profonde et initié à la pratique de la clientèle. Vous nous avez toujours prodigué vos conseils, vous nous avez aidé à traverser courageusement des moments difficiles ; nul maître ne fut plus bien-

veillant, nul ami plus dévoué. Il nous est infiniment agréable de vous en témoigner ici notre très réelle gratitude.

Toute notre reconnaissance est également acquise :

A M. le docteur Malherbe, Directeur de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, qui ne cessa de nous accorder une sollicitude toute paternelle ;

A M. le professeur Régis, de la Faculté de Médecine de Bordeaux, qui nous a si bienveillamment accueilli pendant notre séjour dans cette ville ;

A M. le docteur Ollive, notre premier maître en médecine légale, qui ne nous ménagea ni les conseils, ni les encouragements ;

A MM. les docteurs Guillemet, Jouön, Heurteaux et Vignard, dans les services desquels nous avons appris comme externe l'obstétrique et la chirurgie ;

A MM. les docteurs Poisson et E. Bureau qui furent nos maîtres à l'hôpital marin de Pen-Bron ;

A tous nos Maîtres de l'École de médecine et des Hôpitaux ;

A nos excellents camarades et confrères, MM. les docteurs Schmitt, Horvéno, Grognot, Dubreuilh, Desjars et Delebecque, dont l'amitié n'a cessé d'être pour nous un puissant réconfort pendant tout le cours de nos études ;

A notre bon ami, M. le docteur Plédran, avec qui nous avons vécu les meilleures années de notre internat à l'Hospice général.

Enfin, que M. le professeur Brissaud, qui a bien

voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne nous permettre de lui offrir nos vifs sentiments de respectueuse gratitude.



CHAPITRE PREMIER

Que faut-il entendre par « Folie transitoire » ?

Ce qu'il faut entendre par « folie transitoire » ?

Cette question est subordonnée à cette autre, souvent posée, mais n'ayant jamais reçu de réponse satisfaisante : « Qu'est-ce que la folie » ? — Et en effet, il est aussi difficile de définir la folie que de dire exactement en quoi consistent l'état de santé et l'état de maladie : c'est qu'entre ces deux états, existent une foule d'intermédiaires conduisant de l'un à l'autre par des degrés absolument insensibles ; c'est que les frontières entre la santé et la maladie sont mal délimitées, empiètent l'une sur l'autre, et se compénètrent en quelque sorte au point que si parfois l'on interroge certaines personnes sur leur santé, elles ne savent

répondre si elles sont bien portantes ou si elles sont malades. De même, la folie est un état mental pathologique, anormal, dont les lignes de démarcation avec l'état mental physiologique, l'état de santé psychique, sont imprécises, peu nettes, impossibles à déterminer. On ne peut même pas établir une norme de mentalité moyenne pouvant servir d'étalon de comparaison. Où s'arrête la santé ? où débute la maladie ? Où se termine la raison ? où commence la folie ? Nul ne peut le dire. Et voilà pourquoi un psychiatre américain, Clevenger, de Chicago, écrivait récemment à ce sujet, dans un traité de médecine légale des aliénés : « La relativité
« universelle des choses rend impossible une définition
« absolue, et la plupart des aliénistes se contenteront
« de laisser cette affaire telle qu'elle est. » C'est pourquoi aussi, un de nos plus éminents aliénistes, Legrand du Saulle, considérant que *omnis definitio periculosa*, pensait que la description du malade valait mieux qu'une définition.

Faudra-t-il, comme le demandent certains écrivains, se contenter d'opposer la folie au bon sens vulgaire ? Mais alors il serait facile à n'importe qui de dire si tel individu est sain d'esprit ou malade, s'il est ou non atteint d'aliénation mentale. Grave erreur, capable d'entraîner aux pires conséquences ! « Le profane, dit
« Flechsig, croit pouvoir prononcer sur les états d'es
« prit douteux, parce qu'il croit connaître avec son bon
« sens, le bon sens. Le profane se place ainsi, dès
« l'abord, à un point de vue diamétralement opposé à
« celui du médecin, car celui-ci est convaincu qu'il peut

« asseoir un jugement sur les états d'esprit douteux,
« parce qu'il connaît au juste les formes de l'aliénation,
« c'est-à-dire la maladie intellectuelle, parce qu'il
« possède l'expérience des déviations de la norme
« intellectuelle, déviation qui se produit *in natura*...
« Que vient faire ici l'entendement du vulgaire? Le
« vulgaire ne peut pas se représenter l'influence des
« facteurs physiques sur la vie de l'âme. » Jamais en
effet le bon sens des gens du monde n'arrivera à
déterminer ces états douteux situés sur les frontières
de la raison et de la folie, ni à comprendre ces états
de folie transitoire évidemment pathologiques. Et c'est
pourquoi le juge fait appel à la science et à la sagacité
du médecin, plutôt qu'à la perspicacité de l'homme de
lettres ou du philosophe.

La folie n'est pas une entité morbide ; elle n'a pas
de symptômes caractéristiques, de symptômes spéci-
fiques, qui permettent d'en diagnostiquer l'existence
d'une manière indiscutable, et voilà pourquoi il
n'existe pas de criterium absolu de la folie.

La folie consiste en une foule d'états cérébraux anor-
maux, persistants ou passagers, provenant de causes
diverses, congénitales ou acquises, locales ou géné-
rales, et se traduisant par des symptômes réactionnels
variables quant à leur durée, leur forme et leur inten-
sité, et par des perturbations dans les diverses sphères
de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté.

Et nous disons qu'il y a folie transitoire : 1^o dans
les cas de trouble cérébral passager ; 2^o dans les cas
de crise réactionnelle, plus ou moins intense, mais

éphémère, se produisant extraordinairement à titre d'épisode dans la vie d'un individu atteint d'un trouble cérébral permanent dont les symptômes peuvent être peu accusés, même difficilement reconnaissables pour le vulgaire, mais possibles à déceler par un examen médical sérieux et attentif.

La folie transitoire est donc essentiellement un état cérébral anormal, passager et de courte durée : accès transitoire de folie chez un individu normal ; crise aiguë passagère et brève, chez un être présentant des altérations cérébrales persistantes, mais souvent assez peu accusées dans leurs signes et dans leurs effets pour rendre impossible la vie commune.

Nous n'osons pas nous rallier complètement à la conclusion admise au Congrès d'Angers : « Il n'y a pas de délire transitoire indépendant d'un état pathologique antérieur. » Cette conclusion paraît ne pas avoir été adoptée sans conteste, ni unanimement, puisque nous lisons, dans le compte rendu des discussions, cette belle apostrophe du docteur Charpentier : « Je frémis à la pensée de voir un individu non entaché d'épilepsie, de « dégénérescence mentale ou héréditaire, ni d'intoxi-
« cation, être capable néanmoins de délire et commettre
« un délit pendant ce délire, être par suite condamné
« à cause de l'absence des antécédents que je viens de
« citer. » En disant qu'il n'existe pas de folie transitoire indépendante d'un état pathologique, nous élargissons singulièrement le cadre, et nous sommes sûr d'être toujours dans le vrai, puisque, par définition, folie indique état pathologique.

Qu'il existe un substratum de lésions anatomiques, congénitales ou acquises, qu'il s'agisse de perturbations dans les processus vitaux ou dans les réactions biologiques et chimiques qui se produisent au sein de nos organes, qu'il y ait des troubles dans les échanges intercellulaires ou dans les rapports incessants de nos tissus avec le milieu extérieur, qu'il s'agisse enfin d'agents pathogènes, de toxines microbiennes ou chimiques d'origine endogène ou exogène, ou bien encore d'autres actions connues ou inconnues, peu nous importe d'ailleurs. Les causes des manifestations morbides qui se produisent en nous, nous échappent, et longtemps encore sans doute se déroberont à nos investigations, soit parce que notre ignorance nous les fait chercher là où elles ne sont pas, soit parce que le défaut de perfectionnement de nos instruments et l'insuffisance de nos moyens de recherches ne nous permettent pas de les découvrir, soit enfin parce qu'il existe dans notre organisation trop de complexités pour que nous puissions jamais espérer en connaître à fond tous les rouages et les mécanismes multiples de leur fonctionnement. Ne cherchons donc pas à démêler les causes primordiales de la folie, permanente ou transitoire : l'horizon qu'elles embrassent est trop vaste, trop étendu le champ d'hypothèses et d'études qu'elles nous ouvrent, pour que nous puissions les exposer ici en détail avec les larges développements qu'elles comportent.

Quoi qu'il en soit, si nous avons à faire une classification des différentes catégories de troubles

mentaux transitoires, nous nous baserions sur l'étiologie et nous établirions les groupes suivants :

Troubles mentaux transitoires liés à une névrose : épilepsie, hystérie, etc. ;

T. m. tr. liés à une affection du système nerveux cérébro-spinal ou du système nerveux périphérique ;

T. m. tr. liés à une maladie autre que celle du système nerveux ;

T. m. tr. liés à la menstruation, grossesse, accouchement, lactation, ménopause ;

T. m. tr. liés à une intoxication ;

T. m. tr. de la sphère émotive ;

T. m. tr. d'ordre passionnel ;

T. m. tr. liés à des troubles du sommeil, à un état de somnambulisme, à un état intermédiaire entre la veille et le sommeil ; rêves prolongés ;

T. m. tr. liés à la fatigue ;

T. m. tr. liés à des causes diverses : faim, besoins, inanition, chaleur, froid, etc.,

Il est facile de s'apercevoir combien cette classification est défectueuse. Plusieurs causes appartenant à des catégories différentes peuvent se trouver réunies chez le même individu et agir dans le même sens pour déterminer des accès de folie transitoire. En outre, il peut arriver, et il arrive, que des faits absolument hétérogènes par leur étiologie, présentent les mêmes descriptions cliniques : c'est qu'en effet des motifs, en apparence absolument dissemblables, peuvent retentir sur l'organisme de la même façon et produire des effets identiques. C'est ainsi que la plupart des causes

précédemment énoncées peuvent donner lieu à des troubles vésaniques (manie ou mélancolie) tout à fait transitoires, ou à des impulsions soudaines, irrésistibles et de courte durée. Ce sont ces phénomènes que nous allons sommairement étudier dans les chapitres suivants.



CHAPITRE II

Vésanies transitoires.

Tandis que certains auteurs, avec Devergie, Foville, Mendel, refusent d'admettre l'existence des vésanies transitoires, un certain nombre d'autres, parmi lesquels Henke, Korsakoff, Kraepelin, Schwarzer, Châtelain, Burgess, Clouston, Linas, Krafft-Ebing, étudient sous les dénominations de manie transitoire et de mélancolie transitoire, des troubles mentaux passagers, éclatant brusquement chez des personnes saines d'esprit avant l'accès et le redevenant après l'accès.

Nous ne croyons nullement aux psychoses transitoires idiopathiques, essentielles, et dans la grande majorité des observations que nous avons lues, rela-

tées sous la rubrique manie ou mélancolie transitoire, il s'agissait de cas où les troubles mentaux paraissaient sous la dépendance d'une intoxication ou d'une infection, d'un traumatisme crânien, d'un trouble vasomoteur, d'un état de congestion ou d'anémie du cerveau, d'une affection viscérale, ou bien étaient liés à une émotion, à la fatigue, à des chagrins, à la menstruation, à la puerpéralité, à un état névrosique, peut-être même à une explosion passionnelle violente. Toutes ces influences, il est vrai, si diverses qu'elles soient, ne s'exercent qu'à titre de causes occasionnelles et comme le tableau clinique n'est pas modifié d'une manière bien sensible, il importe au point de vue clinique et médico-légal de conserver le chapitre des véanies transitoires. Dans ce chapitre nous allons passer en revue : 1° Les états maniaques subaigus dont les symptômes peuvent passer complètement inaperçus de l'entourage, et qui peuvent donner lieu à des explosions délirantes, inattendues et soudaines, au cours desquelles des infractions pénales graves seront commises ; 2° Les états proprement dits de manie transitoire ; 3° Les raptus mélancoliques et accès d'angoisse transitoires chez des mélancoliques ne présentant ni délire, ni trouble notable de la raison.

§ 1^{er}. — *Etats maniaques subaigus.*

Les états maniaques subaigus présentent une infinité

de degrés, depuis la simple exaltation de la faculté intellectuelle, jusqu'à la surexcitation la plus intense avec délire et violent désordre dans les actes.

« Au degré le plus inférieur, dit M. Régis, l'excitation maniaque n'est qu'une simple exagération de l'activité psychique, et, à ce titre peut faire partie intégrante de la constitution de certains individus qui sont, toute leur vie, des excités maniaques. »

A un degré supérieur, l'excitation maniaque s'accompagne de symptômes pathologiques ordinairement nets ; mais même encore, l'individu qui en est atteint peut n'être pas pris pour un malade ; il peut en effet se montrer brillant, paraître plein de verve et de fine ironie, et devoir à l'exaltation morbide de ses facultés, un cachet d'élégance, d'originalité et de supériorité qui pourraient l'empêcher de bénéficier, en cas d'infractions à la loi, de l'irresponsabilité à laquelle pourtant il aurait droit.

L'excité maniaque a de l'hypermnésie. La mémoire fait revivre avec une extrême facilité des faits anciens ; des connaissances acquises dans l'enfance et la jeunesse sont rappelées sans effort, instantanément ; des impressions et des souvenirs que l'on aurait cru effacés, reparaissent avec leurs plus minutieux détails. L'imagination n'est pas moins surexcitée : elle permet alors de combiner les idées, et les éléments de la réalité, d'après des rapports nouveaux ; elle inspire des récits fantastiques et merveilleux ; fait concevoir des expéditions, des voyages, des combinaisons d'affaires, des projets, quelquefois chimériques ou plus ou moins

réalisables, souvent très possibles ; suggère des hypothèses et des expériences très variées.

La faculté de conserver, de rappeler, d'associer, de combiner les connaissances acquises atteint un degré qui ouvre à l'excité maniaque des horizons tout nouveaux, lui permet parfois de faire d'utiles inventions, d'écrire des ouvrages scientifiques et littéraires remarquables, de réaliser des travaux d'art marqués au coin d'une originalité toute spéciale.

En même temps, les impressions organiques du monde extérieur sont plus faciles, plus rapides, et se font sous des couleurs plus riantes ; il semblerait qu'ayant un sentiment plus vif et plus pénétrant de sa vitalité, l'excité maniaque extériorise en quelque sorte cette vitalité, et que, par un espèce de choc en retour, les perceptions venues du dehors l'impressionnent plus vivement.

Dans la sphère morale, les émotions sont profondément ressenties, la sentimentalité est excessive, les inclinations et les passions égoïstes sont très développées, pendant qu'au contraire les sentiments altruistes et les inclinations nobles semblent se restreindre : l'amour du bien-être, la recherche des plaisirs physiques et des plaisirs des sens, l'appétit du sexe, l'amour de la propriété, le désir du pouvoir et de la supériorité s'exaltent notamment au point de déterminer des mouvements réactionnels et impulsifs de la plus grande intensité.

La puissance d'action et de mouvement est augmen-

tée chez l'excité maniaque, quoique d'une façon plus modérée que chez le maniaque aigu.

Le délire est rare, et quand il existe, il revêt plutôt une forme ambitieuse, mégalomaniaque ou érotique; quelquefois, il existe de vagues idées de persécutions.

On conçoit aisément, comment de semblables individus, sous le couvert de l'exaltation fonctionnelle de leurs facultés et des apparences plutôt brillantes de leur esprit, peuvent en imposer et être facilement pris pour des sujets normaux. Et pourtant, il ne faudrait pas s'y méprendre, ce sont des malades.

La plus facile perception des choses, la suractivité du fonctionnement intellectuel leur assurent une plus grande confiance en eux-mêmes, leur donnent toutes les audaces; mais ils ont des tendances manifestes à l'impulsivité. L'activité spontanée qui s'exerce par le simple jeu des forces naturelles, prend la place de l'activité volontaire, d'autant plus et d'autant mieux que l'excitation maniaque atteint un plus haut degré. Et de même s'exagère l'activité réflexe en réponse aux excitations plus vives venues du dehors. Impressions extérieures extrêmement vives, transmissions au cerveau des plus rapides, et décharges immédiates sous forme d'actes instantanés sans réflexion possible: voilà le mécanisme des actes impulsifs, des actes de l'excité maniaque; mécanisme sur lequel d'ailleurs nous reviendrons dans le chapitre troisième.

Et si l'on considère le développement exagéré des mauvais instincts, des passions basses, des appétits

grossiers, des sentiments égoïstes, et cette tendance considérable à l'impulsivité, on comprend comment les excités maniaques arrivent à commettre des actes répréhensibles.

En effet, la moindre contradiction les met en fureur ; le désir de dominer leur fait repousser toute observation ; il n'y a de bien fait que ce qu'ils font, de bien dit que ce qu'ils disent, ils ont toujours raison, les autres toujours tort : de là des discussions, des insultes, des coups, des rébellions. L'amour immodéré du bien-être, le violent désir de posséder, les poussent aisément au vol. L'exaltation des appétits sexuels et des désirs érotiques les conduisent aux obscénités, à la masturbation, au satyriasis, à la nymphomanie, ils deviennent exhibitionnistes, sodomistes, commettent des viols et de graves attentats aux mœurs. L'hyperpuissance d'action et de mouvement les amène aux fugues, au vagabondage, au besoin de destruction, aux violences et aux attentats contre les personnes. Tous ces actes sont brusques, soudains, irréfléchis, souvent sans motifs ou peu en rapport avec les motifs qui paraissent les avoir fait naître, revêtent parfois le caractère d'impulsions irrésistibles, surtout quand, à l'excitation maniaque viennent s'adjoindre, accidentellement ou non, d'autres facteurs qui exaltent encore l'état pathologique, tels, l'alcool même à doses très minimes, l'excessive température, la fatigue.

Comment reconnaîtra-t-on qu'il s'agit d'infractions commises sous l'influence d'un état morbide entraînant

l'irresponsabilité ? Par l'examen minutieux et détaillé de l'acte délictueux et des circonstances concomitantes ; par l'observation complète, attentive, et au besoin prolongée, du sujet auteur de l'acte incriminé. Encore qu'on ne puisse se baser sérieusement sur le facteur hérédité, on remarquera que très généralement les excités maniaques sont des héréditaires. En outre, les commémoratifs feront trouver bien souvent des modifications survenues dans le caractère, et l'on apprendra que tel, qui était calme et pondéré, est devenu à un moment donné, irréfléchi, primesautier dans ses actes, violent dans ses passions, d'humeur irascible, sujet à des emportements terribles sans cause appréciable. Les actes portent souvent en eux-mêmes le sceau de leur nature pathologique, l'impulsivité. Ils sont irréfléchis, instinctifs, impulsifs ; les motifs et les mobiles qui auraient pu inhiber les représentations trop vives venues du dehors, n'ont pas le temps d'envahir le champ de la conscience : l'acte est produit avant que la volonté réfléchie ait pu opposer un cran d'arrêt à son exécution. L'expert s'attachera à rechercher les causes qui ont pu placer l'organisme dans un état de défectuosité physique et psychique ; il fera la synthèse de l'individu soumis à son observation de façon à pouvoir dire d'une façon positive s'il s'agit d'un être sain ou d'un malade. Il n'oubliera aucun des détails cliniques que nous avons donnés sur l'excité maniaque et ne confondra pas son état avec l'exaltation des alcooliques, des hystériques et des épileptiques.

§ 2. — *Etats proprement dits de manie transitoire.*

Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, mais dont l'importance médico-légale n'échappera pas au lecteur, on a vu chez des personnes jusqu'alors saines d'esprit, non épileptiques, n'ayant pas présenté antérieurement de troubles psychiques, survenir brusquement de véritables accès de manie furieuse, d'une durée extrêmement courte, et pendant lesquels les actes les plus illégaux peuvent être commis : à ces accès, nous réservons le nom, si impropre qu'il soit, de manie transitoire.

Parfois des phénomènes d'hyperémie cérébrale marquent le début de l'accès : face colorée, conjonctives injectées, battements des carotides, lourdeur de tête, céphalalgie, tintements et bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue (obnubilation, photophobie), quelquefois vertiges et même ictus apoplectiforme. D'autres fois, il existe une phase prémonitoire très courte, pendant laquelle le sujet accuse de vagues sensations de souffrance, de tristesse, de fatigue, d'ennui, se plaint de malaises mal définis.

Puis brusquement l'accès débute et atteint presque aussitôt son paroxysme d'intensité : Il existe une excitation désordonnée des facultés, de l'incohérence des idées, parfois des illusions et des hallucinations, une

puissante exaltation des appétits et des instincts, une perturbation profonde des sensations et des sentiments. Par suite d'une réaction de la sphère psychique sur la sphère physique, on observe des impulsions violentes et instantanées, des mouvements d'aveugle fureur, des cris rauques et inarticulés, des actes de destruction, des tentatives d'incendie, des attentats contre les personnes. La confusion mentale est absolue, la raison éclipsée, la volonté impuissante à arrêter les élans d'impulsions morbides, à empêcher les actes automatiques commandés par des sensations erronées ou par une exaltation psychique pathologique.

Cependant, au bout de quelques heures, un jour ou deux au plus, cette énergie psycho-motrice s'épuise, la crise s'apaise, fréquemment le malade s'endort, la tranquillité reparait, le trouble dans les idées, la nervosité, cessent peu à peu, et en quelques heures le calme est complet, l'intelligence aussi lucide qu'avant l'accès.

Il est rare que le malade conserve le souvenir de ce qui s'est passé ; c'est par son entourage qu'il apprend ce qui lui est arrivé, il se montre tout étonné et peut être fort troublé de son état qu'on lui décrit, il ne veut pas croire aux méfaits qu'il a commis. Quelquefois il a une très vague conscience qu'il s'est produit quelque chose d'insolite, mais ses souvenirs sont extrêmement confus et lui apparaissent comme à travers un épais brouillard.

Ces états qui n'appartiennent ni à la manie aiguë franche, ni au délire aigu, mais qui tiennent à

la fois de l'un et de l'autre se produisent toujours à l'état de veille, — ce qui permet de les différencier des états pathologiques du sommeil, — plutôt chez des hommes, et surtout des individus assez jeunes, sous forme d'accès isolés, ne récidivant pas et se manifestant accidentellement dans la vie de personnes ordinairement prédisposées aux congestions céphaliques, à la suite des causes occasionnelles que nous avons déjà signalées : intoxications, infections, surmenage, chagrins, émotions, soucis, troubles menstruels, température excessive, froid intense.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il peut être difficile de séparer ces états de formes analogues de folies transitoires. Qu'il nous suffise de mentionner l'épilepsie, l'hystérie, la folie alcoolique, les états maniaques subaigus, voire même le raptus mélancolique : en comparant leurs divers processus étiologiques, pathogéniques, symptomatiques et cliniques, on pourra généralement établir son diagnostic.

Dans tous les cas semblables, l'expert aura à rechercher les antécédents héréditaires et personnels, les causes prédisposantes et occasionnelles, les circonstances dans lesquelles l'acte a été commis ; il devra faire le diagnostic différentiel des états morbides pouvant donner lieu aux mêmes symptômes, il prouvera qu'il s'agit d'inconscience morbide et que l'amnésie n'est pas simulée. L'enchaînement des faits, l'étude minutieuse de l'accès, l'examen attentif du sujet lui fourniront les éléments nécessaires à l'appréciation de l'état mental de l'inculpé.

§ 3. — *Raptus et accès d'angoisse transitoires chez des mélancoliques ne présentant ni délire, ni hallucinations, ni trouble notable de la raison.*

Le mélancolique peut se mettre en contradiction avec la loi par de nombreuses infractions, il peut commettre surtout des attentats contre la propriété, contre sa propre personne ou contre autrui, attentats dont la violence et la soudaineté ne cèdent en rien aux actes des maniaques.

Nous ne passerons pas en revue toutes les violences dont peuvent se rendre coupables les mélancoliques; nous ne nous occuperons pas des cas où l'affection mentale très nettement caractérisée ne peut être mise en doute, de ceux où des hallucinations ou les conceptions délirantes du sujet permettent de constater facilement l'existence d'un état pathologique; nous laisserons de côté également les cas de raptus mélancoliques se produisant à titre d'épisodes au cours d'une mélancolie dûment constatée. Tous ces cas sont faciles à démêler, ne prêtent pas à discussion, et sont d'un intérêt médiocre pour le médecin légiste.

Il n'en est pas de même des cas où, sans délire et avec l'intégrité apparente de la raison, le mélancolique est entraîné à des violences extrêmement graves que rien ne faisait prévoir. Pendant longtemps, le

mélancolique peut n'accuser que des malaises généraux, une insomnie plus ou moins pénible, une angoisse diversement caractérisée, une vague tristesse que l'on attribue à des préoccupations de santé, de fortune, d'affaires de famille : il vaque à ses occupations ordinaires, il ne délire pas, ne présente aucun trouble notable, et soudain il commet une tentative de suicide, un incendie, un meurtre qui frappe de stupéfaction l'entourage. Tels sont ces mouvements graves et violents, la plupart du temps irrésistibles, dus à la réaction de la sphère psycho-motrice tendant à se débarrasser des phénomènes d'irritabilité douloureuse et des sensations désagréables et angoissantes dont elle est le théâtre. Ces cas méritent toute l'attention de l'aliéniste et doivent être parfaitement connus de lui.

Non moins importante est l'étude des accès d'angoisse transitoires, durant quelques heures à quelques jours, se produisant isolément chez des individus sains d'esprit avant l'accès et après l'accès, et pouvant donner lieu à des actes impulsifs d'une extrême violence.

Comment donc se produisent les violences dans ces divers cas ? D'où proviennent-elles ? Quel mécanisme intervient pour déterminer ces actions impulsives chez un être généralement passif et inhibé ? Disons tout de suite que, presque toujours, il ne s'agit que de mouvements de défense de tout l'organisme contre le contenu douloureux de la sphère psychique, contre la dysesthésie psychique dont souffre le mélancolique.

Celui-ci éprouve le besoin instinctif, irrésistible, d'extérioriser ses sensations douloureuses internes et ce besoin se traduit par un acte violent, un acte criminel souvent.

La dépression mentale douloureuse qui l'accable, son état perpétuel d'appréhension, ses tourments incessants, la perception du monde extérieur sous des modalités sombres et tristes, le sentiment de son aboulie, poussent le mélancolique, alors même qu'il ne délire pas et qu'il ne présente aucun état morbide apparent, à des actes nuisibles aux personnes et aux objets. Ces actes n'ont pas un but objectif, ils ont un but subjectif : le mélancolique cherche, à n'importe quel prix et par n'importe quel moyen, à se débarrasser de l'état de tension pénible, de l'atroce état moral qu'il ne peut plus supporter. Il lui faut un dérivatif, ce dérivatif doit être puissant, des actions destructives le constituent.

En remontant aux causes mêmes de l'affection mentale, on peut trouver dans ces causes des raisons explicatives d'actes impétueux. Quelles sont, en effet, en dehors de l'hérédité, les causes les plus habituelles de la mélancolie. Dans l'ordre somatique, nous trouvons : les auto-intoxications et infections de toutes sortes, les affections viscérales (notamment les troubles gastro-intestinaux, les maladies du cœur, les angines de poitrine), l'anémie, la fatigue, le surmenage, etc. Dans l'ordre moral, ce sont : les émotions violentes, les chagrins, les soucis, l'éloignement des siens ou de son pays, l'isolement, les préoccupations relatives à la

santé, à la fortune, aux affaires, à la famille. Toutes ces causes, déprimantes par elles-mêmes, ne sont-elles pas des plus propres à produire des émotions douloureuses, des mouvements d'humeur, une susceptibilité et une irritabilité grâce auxquelles des apostrophes injurieuses, des insultes, des mauvais traitements et des sévices mêmes graves sont prodigués gratuitement à l'entourage ; C'est ce qui se passe dans la période prodromique de la maladie. C'est bien autre, quand la mélancolie, franchissant le stade prémonitoire, atteint la période d'état, et c'est alors que dans une crise de désespoir ou dans un accès d'angoisse, soit pour réagir contre sa dysesthésie psychique, soit pour se prouver à lui-même, par l'accomplissement d'un acte énergique, qu'il est encore capable de pouvoir et de vouloir, le mélancolique commet meurtres, suicide, incendies, actes de dévastation et de destruction. De toutes ces violences, la plus fréquente est le suicide, sans moyens calculés pour arriver à une mort plus douce ; souvent au contraire, les genres de mort choisis sont les plus étranges et les plus épouvantables ; quelquefois le malade se jette par une fenêtre, ou bien il se précipite dans un puits, d'autres fois il cherche à se tuer en se cognant la tête contre les murs, ou bien il se jette sur les rails au moment du passage d'un train ; la noyade, la pendaison, sont des moyens assez usités ; ou bien encore le malade se mutilé, se coupe les doigts, s'ouvre le ventre avec un couteau et se lacère les entrailles avec les ongles ; d'autres se crèvent les yeux, se font des plaies horribles avec toutes sortes

d'instruments. L'acte est souvent instantané, sans considération de temps, de lieu, de moyens. Il y a souvent intégrité apparente de la raison avant la tentative, puis l'accès se produit brusquement et l'acte est froidement et souvent atrocement exécuté.

Pendant notre internat, nous avons eu l'occasion d'observer, à l'asile d'aliénés de Saint-Jacques, un type parfait de mélancolie suicide, chez un individu dont la seule manifestation mentale était une obsession suicide revenant d'une façon tenace et prédominante à des moments d'accès d'angoisse parfaitement décrits par le malade lui-même : « Ça me prend comme des crises, nous disait-il. J'ai du tremblement, ça me serre le cœur, je me mets à crier, et je demande qu'on m'attache parce que je frapperais et je démolirais quelque chose. Dans ces moments-là, je ressens de l'angoisse au cœur, j'étouffe, il semble qu'on me serre à la gorge, je ne peux pas respirer, le feu me monte à la tête, et je suis pris de tremblements. La nuit, je suis souvent réveillé en sursaut, le cœur me bat, j'ai la sensation d'être étranglé et je suis fortement hanté par l'idée d'en finir avec la vie. La vie me pèse, et si j'étais sorti, j'irais me jeter sous un train ou bien je me noierais, je me tuerais de n'importe quelle façon pour ne plus penser à rien. » Les interrogatoires les plus serrés du malade et de sa famille ne nous ont jamais permis de décèler le moindre trouble hallucinatoire, la moindre idée ou conception délirante. L'obsession suicide avec accès d'angoisse est le seul indice d'un état pathologique. Cet homme solidement constitué,

avait toutes les apparences d'une robuste santé. Pourtant il se trouvait faible, accusait des tiraillements dans la tête, de l'insomnie, quelquefois du pyrosis. Il n'était pas buveur, n'avait jamais fait de grands excès ; mais il était arthritique et syphilitique, et son hérédité au point de vue mental était très fortement chargée. Il n'a jamais présenté le moindre signe de paralysie générale, jamais nous n'avons constaté le moindre délire et, à part l'obsession suicide, la raison paraissait intègre. Nous avons vainement cherché, pendant toute la durée de son séjour à l'asile, des indices d'une affection organique. Toute cause morale semblait devoir être écartée et, en procédant par voie d'élimination, nous n'avons pu que soupçonner la syphilis et la constitution arthritique du sujet d'être les causes de sa mélancolie suicide. Après un mois de séjour à l'asile, cet homme se pendit la nuit à la tête de son lit avec sa cravate. Nous regrettons que des règlements administratifs nous en aient interdit l'autopsie.

Il arrive fréquemment que le mélancolique tout en souhaitant ardemment la mort libératrice n'ose cependant se suicider. La crainte de Dieu et des châtimens éternels lui fait choisir des voies détournées pour arriver à la mort. Tel commet un meurtre pour être ensuite guillotiné, il aura le temps de se réconcilier avec Dieu entre son acte criminel et sa mort sur l'échafaud ; tel autre s'accuse de crimes épouvantables qu'il n'a point commis, parce qu'il espère être mis en prison, jugé, et condamné à la peine capitale ; d'autres, pour les mêmes motifs, allument des incendies, etc.

Certains mélancoliques ont les sentiments affectifs plus développés qu'à l'état normal. Et c'est ainsi que l'on en voit commettre des meurtres par amour. Ils ne veulent pas que des êtres aimés restent après eux sur la terre et puissent éprouver des souffrances morales aussi atroces que les leurs. L'un tue la femme qu'il adore, l'autre des enfants qu'il chérit ; puis, le crime accompli, il se suicide.

Quelquefois l'idée du meurtre vient brusquement : obéissant à une représentation impulsive, le mélancolique assassine froidement l'être qui s'offre à ses coups ; puis il va se dénoncer à la police, ou se suicide à son tour, ou encore, éprouvant une détente immédiate après le crime, ses forces sont paralysées, il n'a plus l'énergie suffisante pour se donner la mort.

Quel que soit l'acte violent accompli par le mélancolique, meurtre, acte de destruction, incendie, quand cet acte est commis pour se soustraire à la tension douloureuse qui l'accable intérieurement, le mélancolique éprouve très habituellement après l'accomplissement de l'action criminelle, un soulagement immédiat.

Il sera parfois bien difficile à l'expert d'établir l'état pathologique, et de nombreux exemples lui prouveraient combien il doit se montrer circonspect, prudent et réservé. La situation du médecin-légiste est souvent des plus délicates, car de son appréciation dépend souvent le sort de l'accusé. C'est dans ces cas difficiles que devra particulièrement s'exercer toute son expérience clinique pour découvrir la vérité. Il lui faudra chercher s'il n'a pas affaire à un simulateur : « Des

interrogatoires multipliés et bien conduits, une observation rigoureuse, une surveillance sans trêve, exercée nuit et jour et à l'insu de l'intéressé, des moyens habilement ménagés pour endormir sa défiance, des pièges adroitement tendus pour découvrir des paroles inconsidérées, des écrits imprudents ou des actions compromettantes : tels sont les moyens les plus propres pour arriver à ce résultat. » (Régis). Il faudra autant que possible vérifier l'exactitude des dires de l'inculpé ; faire l'analyse minutieuse des circonstances qui ont accompagné l'acte ; rechercher si l'accomplissement de l'acte a été suivi de soulagement, s'il existe de l'amnésie ; voir quels symptômes ont existé en même temps que l'accès d'angoisse ; chercher à déterminer le plus exactement possible l'état physique ou mental de l'inculpé avant le crime ou delit ; étudier avec grande attention les antécédents héréditaires et les antécédents personnels du sujet ; interroger la famille et les amis sur ses habitudes, son caractère, ses inclinations, sur les changements et les modifications qui ont pu survenir dans la vie physique, morale ou intellectuelle, sur les plaintes d'insomnie, d'accès d'angoisse ou de désespoir, de gêne précordiale, de sensation de vide dans la tête, etc. qui ont pu être proférées par le malade ; voir s'il n'y a pas eu d'accès antérieurs et dans quelles circonstances ils se sont produits ; faire attention aux causes qui ont pu exercer leur influence sur la production de l'accès (émotions violentes, chagrins profonds, troubles menstruels, etc.) : enfin, songer à la possibilité de l'hystérie, de l'alcoolisme, et notam-

ment de l'épilepsie. En tenant compte de tous ces éléments d'appréciation, en se reportant d'autre part aux symptômes cliniques que nous avons décrits, en étudiant le mécanisme de l'acte, et en observant longuement le sujet, le médecin-légiste arrivera, dans la grande majorité des cas soumis à son observation scientifique, à pouvoir déterminer l'état de folie ou de non folie de l'inculpé au moment de l'action incriminée.



CHAPITRE III

Folie impulsive

De toutes les questions qui se rattachent à la folie transitoire, celle des obsessions et des impulsions est sans contredit l'une des plus importantes tant au point de vue psycho-physiologique et clinique qu'au point de vue judiciaire et pénal. Nombreuses, longues et subtiles, mais aussi délicates et périlleuses ont été les discussions des médecins, des philosophes et des magistrats relatives à ces manifestations psychiques, et leur étude historique est fort intéressante. Rappelons seulement, pour mémoire : la manie sans délire de Pinel, les folies avec conscience ou pathomanies de

Mathey, les monomanies d'Esquirol, les pseudomonomanies de Delasiauve, le délire émotif de Morel, la folie lucide de Trélat, l'hypocondrie morale avec conscience de Falret, le vertige mental de Laségue, la morale insanity de Prichard, les psychalgies de Müller, la paranoïa rudimentaire de Morselli, les travaux de Magnan et de ses élèves, de Pitres et Régis, de Ballet, Bourdin, Dallemagne, Janet, de Krafft-Ebing, Freud, Benedikt, de Buccola, Tamburini, Verga, etc. Nous ne pouvons nous arrêter ni passer en revue toutes les théories, souvent très brillantes, qui ont été développées et soutenues sur les obsessions et les impulsions. Nous nous efforcerons seulement d'expliquer comment nous en comprenons la genèse, car de là découlent directement les conséquences médico-légales et sociologiques relatives aux obsédés et aux impulsifs.

Nous posons d'abord en principe que tout acte peut être considéré comme la résultante réflexe : 1^o de l'influx exciteur provenant des centres de réception et de perception de nos sensations ; et 2^o des influx excitateurs ou inhibiteurs provenant des centres voisins connexes et de centres d'association, où demeurent accumulées des sensations et des idées antérieures dont l'action s'ajoute à l'excitation produite par la nouvelle sensation, ou, au contraire, détermine des phénomènes d'interférence et d'inhibition. Ainsi donc, d'une part, énergies dues aux sensations présentes externes ou internes ; d'autre part, énergies latentes, provenant des images imprimées dans le cerveau, des résidus laissés

par des sensations passées, par des émotions antérieurement ressenties : voilà les forces en présence, de l'équilibre desquelles résultera un acte normal ou pathologique.

Différents cas peuvent se présenter : il peut arriver que les sensations présentes soient trop fortes, qu'il y ait excitation trop vive de l'appareil centripète, ou un état d'excitation irritative anormale du centre psychomoteur ; — ou bien que les énergies latentes, de réaction, soient trop faibles, que des états anormaux les empêchent de produire leurs effets, soit par suite de lésions des neurones ou de leurs prolongements, soit parce que les neurones d'association n'ont plus des rapports normaux, soit parce que des éléments perturbateurs d'origine microbienne, toxique, infectieuse, traumatique ou autre, agissent sur les cellules ou sur leur fonctionnement ; — il peut arriver encore que l'idée ou la sensation neuve soient traduites trop rapidement en mouvements, qu'il y ait écoulement immédiat par les voies centrifuges des forces venues au cerveau par les conducteurs centripètes, ou nées irritativement dans les centres mêmes, et que les phénomènes d'inhibition n'aient pas le temps de se produire. Dans tous ces cas, il y a défaut d'équilibre ou asynergie fonctionnelle et l'acte produit est un acte impulsif, irrésistible : irrésistibilité due tantôt à l'hyperesthénie de l'influx exciteur, tantôt à l'asthénie de l'influx inhibiteur, tantôt à l'impossibilité pour les énergies latentes ou résiduelles de se trouver en présence des forces nées des idées ou des sensations nouvelles.

« La sauvagerie impulsive, dit M. de Fleury, c'est une onde nerveuse qui s'écoule en longueur ; la raison dominatrice, c'est la même énergie qui s'étale en surface. La bête, c'est le réflexe aveugle avec oubli de tout ; l'âme, c'est le libre jeu des collatérales et des fibres d'association, c'est la comparaison, le jugement l'expérience et pour tout dire, d'un mot, la mémoire. C'est le total de nos sensations passées reconnaissant une sensation neuve, profitant de sa force vive, et lui apportant en échange la modération, la civilisation, tout ce que nos pères nommaient politesse et honnêteté... Variable au gré des instabilités de notre nutrition, notre mémoire est ce que la fait notre vitalité momentanée : elle n'est rien qu'une fonction cellulaire. » (*L'Ame du Criminel*, p. 14 et 15).

Les travaux les plus récents, les mieux documentés et les plus sérieux tendent à démontrer que c'est surtout dans les états de dégénérescence, que l'on trouve le déséquilibre, l'absence d'harmonie, l'asynergie d'où naît l'impulsivité.

Mais, s'il en est ainsi, il importe au plus haut degré de savoir ce que l'on entend au juste par dégénérescence. MM. Magnan et Legrain la définissent comme suit : « L'état pathologique de l'être qui, comparative-ment à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychophysique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénéra-

tion intercurrente. Quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce. » Ces mêmes auteurs et leurs disciples désignent sous le nom de stigmates de la dégénérescence, les signes congénitaux et permanents, révélateurs de l'état de déchéance physique, psychologique et sociologique de l'individu considéré. On admet très généralement les stigmates anatomiques comme indices de la tare arrivée à son summum, et les stigmates sociologiques comme caractéristiques du degré le moins avancé du déséquilibre. Et pourtant n'a-t-on pas vu une déchéance psychique des plus accentuées n'être accompagnée que d'un minimum de stigmates anatomiques, et inversement, des tares corporelles nombreuses et importantes, sans concomitance de désordres intellectuels graves? En 1887, à la société médico-psychologique, Camuset lançait cette phrase qui fut considérée comme une boutade : « Les signes de dégénérescence sont devenus tellement nombreux qu'on peut à bon droit se demander s'il est des individus assez privilégiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénérescence. » On a reproché à Morel d'avoir eu une conception trop large lorsqu'il définissait la dégénérescence « une déviation du type normal de l'humanité, une déviation malade d'un type primitif », parce que, disait-on, il est bien difficile de définir ce type normal. Mais ceux qui adressent ce reproche à Morel ne nous donnent pas davantage une formule psycho-biologique exacte du dégénéré, et nous avons grande peine à concevoir scientifiquement le dégénéré-

type. Est-ce que, des deux formules bio-psychiques du père et de la mère, ne doit pas résulter pour l'enfant une formule bio-psychique mixte, hybride en quelque sorte, présentant des caractères qui ne seront pas les mêmes que chez les procréateurs? Est-ce que les influences ambiantes et les maladies ne transformeront pas par la suite la formule bio-psychique initiale de l'enfant? Peut-on dire qu'il y a dégénérescence quand l'amointrissement somato-intellectuel n'existe que par rapport à un seul des ascendants? S'il y a régénérescence par rapport à l'un des générateurs, dira-t-on encore qu'il y a dégénérescence? Qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, on est obligé toujours d'établir des comparaisons avec une norme moyenne, impossible à préciser certes, et des plus difficiles à établir.

Et voilà pourquoi nous repoussons le terme dégénérescence qui pourrait servir d'arme redoutable contre la société entre les mains habiles d'un défenseur peu scrupuleux. Ainsi en était-il jadis des monomanies, ainsi en doit-il être de la dégénérescence. La plupart des auteurs signalent l'obsession et l'impulsion comme étant les stigmates psychiques par excellence de la dégénérescence. Pour nous, nous n'admettons pas plus que tout obsédé ou tout impulsif soit un dégénéré au sens habituel de ce mot, que nous ne considérons tout dégénéré comme un impulsif ou comme un obsédé. Nous avons cherché plus haut à expliquer la pathogénie de l'acte impulsif, de l'acte irrésistible. Mais en présence d'un acte de cette nature, sur quelles bases s'appuiera-t-on pour en démontrer l'origine morbide et

faire décerner à son auteur le brevet d'irresponsabilité. Faudra-t-il, faute d'assises rigoureuses et scientifiques, envoyer invariablement et indistinctement à la prison ou à l'asile, tout individu qui, ayant commis un crime ou un délit, viendra vous dire : « J'étais fou. — Je ne savais ce que je faisais. — C'était plus fort que moi. — Une force me poussait malgré moi. — Je n'avais pas la raison. — Je voyais rouge, etc., etc. » Il va sans dire que de telles excuses ne sauraient de prime abord être acceptées comme exactes. Mais comment en contrôlerons-nous la véracité ? Sur quoi se basera-t-on pour dire : Cet acte est d'un fou qui ne doit pas être puni, ou bien : cet acte est d'un criminel responsable qui doit être châtié ? Par habitude, le magistrat a tendance à voir en tout inculpé un criminel ; par habitude également, le médecin est porté à voir partout des malades. Il faut que le médecin-légiste tienne un juste milieu ; nous ne nous dissimulons pas que sa tâche est fort souvent des plus délicates et bien difficile à remplir, surtout lorsqu'il s'agit d'apprécier l'état de la personnalité du sujet au moment de l'acte commis sous l'influence d'une impulsion et de déterminer si cette impulsion était réellement irrésistible. Répétons-le, il ne serait pas malaisé à un avocat habile de dire d'un inculpé que c'est un dégénéré, et il pourrait toujours, en s'appuyant sur telles et telles particularités anatomiques du sujet, sur tels stigmates d'ordre sociologique ou moral, ou sur une défectuosité psychique, voire même sur certains désordres mentaux relevés dans l'ascendance, faire la

démonstration qu'il existe chez son client de la dégénérescence à un degré variable. Rejetons donc absolument ce terme comme abusif et dangereux et ne répondant pas à une réalité scientifique. L'idéal serait évidemment de pouvoir établir, avec la rigueur et la précision des sciences exactes, la formule psychique de tout délinquant, et de graduer des échelles de peines correspondant à des quantités variables d'intellect et de raison, s'il était possible de les évaluer mathématiquement. C'est sans doute ce à quoi pensait ce magistrat, dont M. Biaute nous citait l'exemple, qui demandait aux experts-médecins à quel degré de l'échelle ils plaçaient la responsabilité d'un accusé soupçonné atteint d'aliénation mentale. Tandis que l'un des experts mettait l'individu au bas de l'échelle, le second expert le plaçait au milieu, et l'autre tout en haut : ce qui détermina une explosion de rires dans l'auditoire. Ce fait se produit encore très fréquemment en justice, et tout récemment, dans un procès retentissant, celui du parricide Duparchy, nous avons vu un médecin-légiste, déclarer l'assassin complètement irresponsable, un autre médecin admettre une responsabilité très atténuée et un troisième, dont l'avis prévalut, déclarer Duparchy coupable avec responsabilité mitigée. Si nous rappelons ces faits, c'est afin de mettre en garde le médecin-légiste contre les questions parfois insidieuses des magistrats, afin aussi de lui rappeler que ce n'est pas à lui de déterminer le quantum de responsabilité d'un individu. C'est aux magistrats seuls qu'il appartient de le faire. Et dans ce but, on devrait

d'une façon toute spéciale soigner l'instruction et l'éducation psychologiques des juges, afin qu'ils n'ignorent rien de ces états douteux, moins que rares, qui confinent à l'aliénation mentale, et qu'ils fassent appel plus souvent aux lumières du médecin. Celui-ci, serait chargé de déterminer l'état de santé ou de maladie du délinquant, de dire si telle affection aiguë ou chronique, héréditaire ou non, a pu influencer sur l'état mental du sujet. Puis le magistrat, tablant sur les conclusions médicales, sur l'influence plus ou moins considérable que certains facteurs sociaux ou moraux ont pu exercer sur l'inculpé, rendrait un jugement basé sur des données scientifiques et probablement plus conforme à la vérité.

A la suite du dernier Congrès d'anthropologie criminelle, tenu à Amsterdam, la presse, représentée par un certain nombre de grands journaux quotidiens, s'est émue des discussions de ce Congrès et a jeté les hauts cris. Voilà un entrefilet, découpé dans le *Petit Journal* du 29 septembre 1901 et représentant la tonalité moyenne des journaux qui ont abordé ces questions : « Tandis que les jurys eux-mêmes font preuve d'une trop grande mansuétude peut-être à l'égard de certaines catégories d'attentats ou de forfaits, cette tendance a été encore fortifiée par les doctrines débilantes que certains anthropologistes-criminalistes professent, que l'école dite italienne, représentée par Lombroso et Eurico Ferri, notamment, essaye d'ériger en véritable dogme et qu'elle vient de défendre au récent Congrès d'Amsterdam. D'après eux, les criminels

•

seraient à peu près irresponsables et on devrait les considérer non pas comme des coupables mais comme des malades, comme des « victimes » — le mot a été prononcé — de fâcheuses dispositions natives ou de tares héréditaires. Par conséquent, ils seraient le jouet d'une sorte de fatalité physiologique qui ferait d'eux de véritables machines en supprimant leur libre-arbitre et leur volonté. Cette volonté, qui est le ressort principal, essentiel, de tous les actes de l'être humain disparaîtrait ici, pour ce qui concerne les criminels, devant une impulsion irrésistible vers le crime. Donc, je le répète, plus de criminels, mais des malades dont il faut prendre bien soin. Plus de prison, mais des *sanatoria* d'une nouvelle espèce pour des cures d'un genre particulier... Eh bien, il importe de protester contre ces prétendues théories scientifiques, il serait vraiment trop commode pour messieurs les assassins, ou messieurs les voleurs, d'abriter leurs exploits sous l'autorité de MM. Lombroso, Enrico Ferri et de leurs émules, et d'invoquer leur irresponsabilité d'après la doctrine de « l'impulsion irrésistible. » Cela serait trop commode et cela n'est pas vrai. Le criminel sait fort bien ce qu'il fait lorsqu'il commet son crime, et il le commet parce qu'il le veut bien. Sa volonté existe et fonctionne et l'« impulsion irrésistible » est une simple plaisanterie. En voulez-vous la démonstration par hypothèse?... Au milieu de la nuit, dans un endroit solitaire, un escarpe professionnel de l'attaque nocturne voit arriver un passant isolé. Il se prépare à sauter sur lui son couteau au poing... Impulsion irrésistible,

n'est-ce pas?... Mais voici qu'il aperçoit à vingt pas de sa future victime, les silhouettes de deux sergents de ville. Que va-t-il faire? Il remettra son couteau dans sa poche et s'en ira tranquillement et prudemment... « L'impulsion irrésistible » aura disparu devant sa « volonté » de ne pas se faire couper le cou... Je n'insiste pas. Encore une fois, ces théories n'ont de scientifique que le nom. Mais il importe de réagir contre elles, car elles ne pourraient que contribuer à augmenter la désorganisation d'une société déjà désorganisée. »

Telle est l'opinion de la presse, et elle reflète celle de la grande majorité du public. Nous n'en parlons ici que parce que trop souvent la presse exerce sur nos magistrats et nos jurés une influence indéniable, faussant leurs idées, égarant leurs opinions, erronnant leurs jugements, et retardant le moment où la Justice, pleinement éclairée par la Science, cessera d'errer et luira d'une suprême infaillibilité.

Nous ne pensons point comme Lombroso et Ferri; mais cela ne nous empêche pas de saluer ces maîtres de l'École italienne, dont les théories, plutôt mal comprises, ont pour les malfaiteurs des conséquences plus terribles que les peines édictées par nos lois : tel est en effet leur rigorisme, que l'individu bénéficiant de l'irresponsabilité admise par Lombroso, n'est pas condamné à la prison, mais est enfermé à vie dans un asile et mis ainsi dans l'absolue impossibilité de nuire.

Faisons la part de l'exagération, et repoussons les

doctrines de Lombroso, comme nous l'avons fait pour les doctrines de Morel et de Magnan. Les enseignements de ces savants ont eu de très grands et de très réels mérites, ils ont puissamment contribué, en nous sortant de l'ornière où nous maintenait le libre arbitre, à nous faire avancer vers l'idéal de justice que nous rêvons. Nous ne nous en sommes permis l'humble critique que parce qu'ils ne nous satisfaisaient point complètement.

Nous avons dit comment nous comprenions la genèse de l'acte impulsif. Si, fort souvent, l'acte impulsif est précédé de l'obsession ou idée-mouvement, toute idée pouvant être considérée, ainsi que le dit fort bien M. Régis, comme un mouvement en germe; si, souvent, il y a lutte dans les divers territoires de l'écorce cérébrale entre des forces antagonistes, c'est qu'il n'y a pas absence complète de connexité et d'association entre les diverses fibres neurotiques collatérales : mais, qu'un nouvel élément intervienne, et occasionne la rupture du circuit en faisant cesser la contiguité des extrémités terminales de ces fibrilles collatérales, immédiatement la décharge se produit avec la brusquerie, la soudaineté, l'instantanéité de la décharge électrique avec laquelle on l'a très heureusement comparée. Et si les actes impulsifs dangereux sont relativement rares, eu égard à la grande fréquence des obsessions, c'est qu'il faut admettre que pour atteindre le degré de violence nécessaire à la production de ces actes, il est indispensable que les influx excitateurs aient une puissance beaucoup plus grande, ou au contraire que leurs

antagonistes opposent une résistance bien moindre. Représentons-nous les premiers comme une force positive que nous appelons A, les seconds comme une force négative que nous appelons B. Construisons le parallélogramme des forces : la résultante de A et de B produira un travail soit x . La plus élémentaire mathématique nous enseigne que x ne sera considérable qu'à la condition que A soit très grand par rapport à B, ou inversement B très petit par rapport à A.

A quels caractères reconnaîtra-t-on l'acte impulsif morbide ? Disons-le tout de suite, de signes pathogénomiques, il n'en existe point.

M. Régis regarde les obsessions et les impulsions comme trahissant la neurasthénie, et il dit à la page 261 de son *Manuel de médecine mentale* (2^e édition) : « Hérité habituelle, conscience complète, anxiété concomitante, absence d'hallucinations, caractère rémittent et paroxystique, durée indéfinie, tels sont avec une préoccupation de l'état qui va souvent jusqu'au désir de la mort, les caractères pathogénomiques des obsessions au point de vue mental. Il faut y joindre, au point de vue physique, les symptômes neurasthéniques, épisodiques ou permanents, dont les principaux sont : la céphalée, l'hyperhydrose palmaire et plantaire (hydropisie cutanée), les bouffées de chaleur à la face, la sensation d'un profond épuisement, les palpitations, l'anxiété précordiale, l'insomnie, les douleurs et névralgies diverses, les sensations de tiraillement aux extrémités, l'excès d'oxalates et d'urates dans l'urine, la pesanteur dans les reins et dans les

membres, la dilatation des pupilles et l'expression hésitante du regard, les spasmes musculaires localisés, etc. »

Nous accordons que bien souvent l'obsession et l'impulsion se trouvent chez des individus entachés de neurasthénie, mais nous ne croyons pas que l'obsession et l'impulsion soient fonctions de la neurasthénie pas plus qu'elles ne sont fonctions de la dégénérescence. La neurasthénie, entendue dans son sens étymologique d'épuisement nerveux, de faiblesse nerveuse est-elle bien elle-même une entité morbide ? N'aurait-on pas plutôt raison de la considérer comme un syndrome, symptomatique d'un état morbide de l'organisme, ayant quelques caractères généraux peu variables (céphalée en casque, asthénie neuro-musculaire, adynamie psychique, troubles du sommeil, rachialgie), dus au retentissement sur le système nerveux, et d'autres caractères qui varient suivant l'affection causale. Un de nos maîtres nous disait récemment qu'il ne pouvait trouver le joint séparant la neurasthénie de la mélancolie. Et c'est qu'en effet celle-ci procède souvent de celle-là, ou plutôt les deux ont souvent une origine identique. La différenciation des symptômes observés n'est qu'une question d'individus, de variations de résistances et de réactions aux divers éléments perturbateurs. L'obsession et l'impulsion traduisent des états anormaux. C'est tout ce que l'on peut dire. C'est au médecin de savoir dépister ces états anormaux.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les maladies du doute, les phobies, les obsessions impulsives pro-

prement dites. Nous nous contenterons seulement de donner un bref et rapide aperçu des obsessions impulsives qui donnent lieu le plus souvent à des expertises médico-légales, à savoir : les impulsions sexuelles pathologiques, la kleptomanie, la pyromanie, la dipsomanie, la dromomanie, la suicidomanie et l'homicidomanie.

De toutes celles-ci, les *impulsions sexuelles* sont les plus fréquentes, notamment les exhibitions, les tentatives de viol et les attentats à la pudeur. Ces impulsions se produisent souvent par accès et s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse qui disparaît après l'accomplissement de l'acte. Les débilés mentaux, les demi-imbéciles, sont souvent les auteurs de délits sexuels. Il en est de même des épileptiques : assez souvent dans les périodes voisines de l'accès, l'épileptique présente une excitation génitale immodérée et inaccoutumée ; cette excitation anormale peut même devenir l'équivalent d'une crise comitiale. En dehors de la débilité mentale et de l'épilepsie, les impulsions sexuelles pathologiques se produisent assez fréquemment sous l'influence de l'ivresse et de l'alcoolisme, sous l'influence de la suppression de la morphine chez les morphinomanes. On les voit aussi quelquefois chez les maniaques, ainsi que chez les paralytiques généraux et les déments dans les périodes initiales de leur maladie, chez des hystériques, chez certaines femmes lors de leurs règles. Ainsi que le conseille M. le docteur Biaute, l'expert devra également toujours rechercher avec soin s'il n'y a pas relation

directe entre le délit sexuel et un état d'éréthisme génital morbide provoqué par une lésion médullaire, par divers états pathologiques des organes génitaux ou du rectum, le prurit, les oxyures vermiculaires, etc., et voir s'il n'y a pas lieu de faire bénéficier l'inculpé de l'irresponsabilité. Le délit sexuel impulsif est parfois commis en pleine conscience, d'autre fois, comme cela arrive surtout dans l'épilepsie, il y a inconscience totale, amnésie complète.

Kleptomanie. — Nombreux sont également les cas de vols par impulsions pathologiques. L'imbécilité, la folie morale se retrouvent souvent chez leurs auteurs ; de même la paralysie générale et la démence, quelquefois la manie : Ces affections faciles à diagnostiquer n'offrent qu'un intérêt médiocre au point de vue médico-légal. Appelons davantage l'attention sur l'épilepsie et l'hystérie, sur certains états d'asthénie physique et morale, la débilité mentale, sur les troubles divers liés à la menstruation, la grossesse, l'accouchement, la lactation ; tous ces états peuvent être la source d'impulsions au vol. N'oublions pas non plus les vols commis par les dipsomanes, les morphinomanes, les cocaïnomanes et les éthéromanes dans le but de se procurer le poison dont ils éprouvent un impérieux besoin. Notons enfin, au sujet de la kleptomanie, la grande fréquence des vols commis dans les grands magasins, à Paris notamment, et remarquons que là surtout il est aisé de vérifier les théories que nous avons émises sur la production de l'impulsion

par l'influence double de l'hyperpuissance de l'influx excitateur et de l'hyposistance de l'influx inhibiteur : l'attrait du luxe étalé d'une part, et d'autre part la moindre résistance des inculpés du fait d'un trouble d'essence organique ou psychique.

Pyromanie. — L'impulsion à mettre le feu se rencontre assez fréquemment chez les épileptiques, les hystériques, les alcooliques. Elle se développe quelquefois sous l'influence de troubles délirants ou hallucinatoires ; elle peut être liée à des accidents physiologiques de la vie sexuelle de la femme : d'autres fois elle se produit à l'époque de la puberté chez les masturbateurs, chez ceux qui sont frappés d'une démence précoce, chez des idiots et des imbéciles.

Dipsomanie. Morphinomanie. Cocaïnomanie. Ethéromanie. — Nous venons de dire que pour satisfaire leur impérieux besoin du poison qu'ils aiment, ces intoxiqués peuvent être poussés au vol : vol direct de l'alcool, de la morphine, de la cocaïne, de l'éther, ou bien vol d'argent pour se procurer ces substances.

Ce ne sont pas d'ailleurs les seuls méfaits dont ils peuvent se rendre coupables. Si, en effet, on veut les empêcher de satisfaire leur fatale passion, ils se rebellent, sont pris d'aveugles emportements, ils frappent, brisent, blessent, outragent, sans nul souci des conséquences de leurs paroles ou de leurs actes.

Dromomanie. — La dromomanie ou impulsion

morbide, automatique, à la déambulation, reconnaît généralement pour causes : l'épilepsie, dont elle n'est parfois qu'une crise équivalente ; l'hystérie ; divers états pathologiques, tels que les pyrexies ; la paranoïa (persécutés migrants) ; la dipsomanie et l'alcoolisme ; la paralysie générale ; la démence ; certains troubles délirants ou hallucinatoires ; des traumatismes provoquant des ébranlements nerveux considérables (accidents de chemin de fer, chute de cheval ou de voiture, etc.) ; le somnambulisme naturel provoquée ou pathologique. De nombreuses erreurs judiciaires ont été commises faute de connaître ces impulsions pathologiques à la déambulation, notamment en ce qui concerne la justice militaire, par qui des soldats étaient condamnés pour désertion ou abandon de poste, alors qu'ils étaient simplement victimes d'un état pathologique. Le vagabondage accidentel peut n'être également qu'un accès de dromomanie. Si, en général, les fugues ne s'accompagnent pas d'actes délictueux ou criminels, il n'en est pas toujours ainsi : un malade peut se livrer inconsciemment à des actes incohérents, voler, assassiner, faire des faux, des dettes, commettre des attentats aux mœurs, etc.

Suicidomanie. — L'impulsion au suicide se manifeste très fréquemment chez le mélancolique, l'alcoolique, l'épileptique, l'hystérique ; elle est parfois liée à la menstruation, d'autres fois, elle paraît engendrée par le besoin d'imitation. La débilité mentale et de fortes tares héréditaires se rencontrent souvent chez ces malades.

L'idée du suicide peut survenir brusquement et être aussitôt suivie de l'acte. Nous renvoyons au surplus nos lecteurs à ce que nous écrivions plus haut à propos de la mélancolie suicide.

Homicidomanie. — L'impulsion pathologique au meurtre se produit surtout chez les épileptiques, les alcooliques, les masturbateurs, dans certains cas de manie ou de mélancolie.

Fréquemment les impulsions pathologiques au suicide et au meurtre, naissent à la suite de représentations extérieures, et il est hors de doute que la vue d'un suicide, d'un crime, d'un incendie, d'un meurtre, d'une exécution capitale, ou les récits de faits de ce genre dans les journaux, exercent la plus fâcheuse influence sur les cerveaux faibles, sur les déprimés psychiques, qu'ils peuvent être le point de départ chez ces êtres, d'idées et de représentations impulsives, et qu'ils constituent de ce fait un danger social contre lequel il importe aux gouvernants de nous prémunir. L'interdiction aux périodiques de publier les comptes rendus d'assises, l'exécution des criminels *in carcere duro*, à l'abri du regard des masses, constituent des moyens préventifs contre ce danger.

Faisons remarquer que ce serait une grave erreur de croire que chaque impulsion pathologique se présente avec des caractères spéciaux impliquant l'irresponsabilité et l'impunité pour tous les voleurs, tous les incendiaires, tous les assassins, etc. C'est là

l'écueil que les créateurs de la doctrine des monomanies n'ont pas su éviter. Il est impossible de donner un résumé satisfaisant des formes si diverses d'obsessions et d'impulsions que l'on peut rencontrer. Le médecin-expert n'oubliera aucun des préceptes que nous formulons à la fin de notre chapitre précédent, et il n'oubliera pas que c'est surtout dans une pratique longue et attentive de la clinique, dans une observation méthodique de l'individu soumis à son expertise et de tous les plus petits détails de sa vie journalière, dans une analyse minutieuse de toutes les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'acte incriminé, dans la détermination aussi précise que possible des différentes causes qui auraient pu, dans le temps de l'acte, apporter des perturbations graves dans l'organisme de son auteur, que le médecin-légiste cherchera ses éléments d'appréciation.



CONCLUSIONS

Nous ne nous sommes point appesanti dans le cours de notre travail sur la responsabilité et l'irresponsabilité des individus atteints de folie transitoire : nous ne voulions pas entrer dans la discussion de doctrines métaphysiques et psychologiques maintes fois soulevées. Il est logique pourtant dans toute étude sur la folie transitoire d'aborder ces questions. Nous avons pensé que nous ne pouvions mieux faire que de donner en guise de conclusions un aperçu rapide résumant nos idées sur ce sujet :

Nous admettons, d'accord avec les dernières données de la science, qu'il existe entre l'organe et la fonction, entre le cerveau, organe de l'activité psychique, et l'élaboration des différents processus psychiques, les rapports les plus étroits et la plus grande connexité ; nous pensons que les relations multiples et constantes du cerveau avec tous les autres organes du corps humain, sans placer celui-là sous la dépen-

dance de ceux-ci, tient cependant son intégrité fonctionnelle absolue à la parfaite organisation et à l'état de santé de ces organes. Et, comme conséquence de ces prémisses, notre croyance est que la liberté humaine, base fondamentale de la responsabilité et de l'irresponsabilité, n'existe pas d'une façon absolue, qu'elle est au contraire toute relative, et qu'elle dépend : des conditions climatiques, sociologiques et morales, au milieu desquelles se trouve placé l'individu ; des facteurs qui apportent des modifications dans l'organisation constitutionnelle ; des tendances héréditaires, des exemples bons ou mauvais, de l'instruction et de l'éducation reçues ; et d'une infinité de circonstances et de hasards exerçant sur l'organisme et sur le caractère d'indéniables influences.

Est-ce à dire que nous devons, pour déclarer l'état de responsabilité ou d'irresponsabilité d'un sujet, connaître exactement tous ces facteurs, toutes ces influences ? Non, certes, et c'est parce que d'aucuns ont maladroitement affiché cette prétention qu'un certain nombre de juristes et de magistrats ont peine à admettre les plus légitimes conclusions des médecins légistes, quand elles s'appuient sur des théories scientifiques trop modernes pour ne pas paraître subversives ; c'est pour cela également, que dans maints tribunaux on voit encore subsister l'idée de vindicte sous l'idée de justice, alors qu'il ne devrait y avoir place que pour la commisération à laquelle ont droit ces infortunés bancals de l'esprit, les aliénés.

Dans une série d'intéressantes communications sur

« La responsabilité au point de vue mental », faites en janvier-février 1897, à la Société chirurgicale des Hôpitaux de Nantes, M. le docteur Biaute, a magistralement exposé le rôle du médecin-expert, chargé par les tribunaux d'examiner l'état mental d'un prévenu. Se basant, sur le Code pénal lui-même dont l'article 64 est ainsi conçu : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque
« le prévenu était en état de démence au temps de
« l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à
« laquelle il n'a pu résister », M. Biaute déclare qu'il n'appartient nullement au médecin de déterminer le quantum de volonté libre ni la capacité d'imputation de l'individu soumis à ces observations, et que le devoir de l'expert est de se borner strictement, à déterminer par un examen scientifique et méthodique, la santé ou l'état pathologique de l'esprit, à dire si le sujet était ou non un malade au temps de l'action. « D'après le texte même du Code, disait ensuite
« M. Biaute, j'ose avancer, sans crainte, que trancher
« la question de responsabilité ne devrait pas être
« du ressort médical. La responsabilité ou l'irresponsa-
« bilité découlent des conclusions médicales, sans dis-
« cussion et sans appréciation ; le dire est du ressort
« de la justice. En toute circonstance d'appréciation
« de crime et de délit, à qui appartient le dernier
« mot ? Au juge d'instruction, à la chambre des mises
« en accusation, au tribunal correctionnel, au jury. Le
« médecin dit s'il y a ou s'il n'y a pas démence ; aux
« différents rouages judiciaires de dire s'il y a ou s'il
« n'y a pas crime ou délit. Le mot de responsabilité

« ou d'irresponsabilité ne devrait jamais être prononcé
« par le médecin ; celui-ci devrait considérer sa mission
« comme suffisante, assez étendue et assez grande, en
« ne la faisant consister que dans la recherche de
« l'existence ou du défaut d'une maladie mentale.
« Dans le premier cas, ce serait l'irresponsabilité pour
« le prévenu ; dans le deuxième, la responsabilité. »

M. Biaute n'admet pas, et nous la repoussons avec lui, la responsabilité partielle ou atténuée. Et, en effet, la responsabilité partielle ne peut guère être admise. Rapportons, à ce sujet, et c'est par là que nous terminerons, l'opinion de M. le professeur Rémond, de l'Université de Toulouse, à laquelle nous souscrivons pleinement : « On notera que la loi, plus
« sage en cela que certains juges et même certains
« médecins, n'admet pas les degrés intermédiaires
« entre la santé et l'insanité d'esprit. Les commenta-
« teurs les plus autorisés du Code pénal reconnaissent
« que l'aliénation partielle produit l'irresponsabilité
« (V. Blanche, t. II, n° 175, Faustin Hélie, t. I,
« p. 537). Tardieu objecte qu'en ne tenant pas compte
« du degré de la folie, on est exposé à trop étendre
« les limites de l'irresponsabilité. Mais il y a là une
« apparence trompeuse. On ne peut pas, en effet,
« déclarer qu'un accusé est partiellement innocent,
« criminel en partie et malade en partie. Une déclara-
« tion de responsabilité partielle aboutit à une déclara-
« tion de culpabilité entière. Sans doute la peine
« pourra être atténuée, mais qu'importe la durée de la
« peine ? Ce qui importe, c'est de savoir si l'accusé

« sera classé dans la catégorie des malades, ou par
« une déclaration de culpabilité, dans la catégorie
« des criminels. »

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

BRISSAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

